Faculdade de Medicina da Bahia

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 23 de Outubro de 1907

PARA SER DEFENDIDA POR

Pedro da Silva Corrêa de Oliveira Andrade

Filho legitimo do Coronel José Corrêa de Oliveira Andrade
e D. Leonor Carolina da Silva Corrêa de Oliveira

NATURAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

Doutor em Sciencias Medicas-Cirurgicas

DISSERTAÇÃO

CADDIRA DE CLINICA CIRURGICA

Laparotomias e algumas indicações

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA
TYPOGRAPHIA DO SALVADOR—CATHEDRAL
1907

Faculdade de Medicina da Bahia

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Laparotomias e algumas indicações

CAPITULO I

Esboço Historico

Desde a mais remota antiguidade que é conhecida a a laparotomia.

Segundo a sua etymologia, a laparotomia quer dizer abertura do flanco.

Mas com o decorrer dos tempos a palavra *laparotomia* foi empregada em accepção mais ampla e hoje, ella é traduzida com a significação de abertura do abdomen.

Esta operação tem sido praticada com os *mais variados fins;* para intervir nos diversos orgãos collocados na cavidade abdominal; e para chegar ao diagnostico de lesões das visceras contidas no abdomen e para intervenções diversas nas mesmas.

E' assim que para chegarmos ao estomago, rim, figado, pancreas, intestino, utero, ovario e outros orgãos collocados no ovoide abdominal, temos que praticar a laparotomia.

No começo de sua feitura,a operação de laparotomia era executada em cadaveres ou em mulheres, que se achavam agonisantes e isto com o fim de retirar de suas entranhas o producto da concepção.

As primeiras laparotomias foram denominadas operação cesariana, porque este processo cirurgico deu logar a que os homens do passado tempo, tivessem a gloria de ver

sentados em aurifulgentes thronos de grandeza inconcebivel, alguns dos Cezares.

Recordando ligeiramente a historia romana vamos encontrar noticias das laparotomias, no imperio do segundo Cezar.

Numa Pompilio decretou, em seu reinado, que não se enterrasse mulheres levando comsigo para a profundeza do tumulo, o feto gerado em suas entranhas.

Estas noticias datam do periodo de 672 a 714 antes de Christo.

Em 1500, Nuffer, castrador de porcos, praticou em sua propria mulher Elisabeth Alespush a laparotomia com o fim de retirar de suas entranhas o feto que era resultado de seu amor conjugal.

A operação foi bem succedida salvando-se a mulher e o feto.

Joanna Seymour, esposa de Henrique VIII, soffreu uma laparo-hysterotomia com o fim de ser retirado do seu utero o feto que, feito homem, no anno de 1547, sentou-se no throno de Inglaterra com o nome de Eduardo VI.

A laparo-ovariotomia foi praticada no Oriente em algumas mulheres, com o fim muitissimo detestavel de castigal-as por meio da esterilisação.

E estas pobres victimas submettiam-se a terrivel pena, que lhes era por seus pais administrada, sem ter o direito de defender o mais almejado de seus sonhos, a mais honrosa de suas aspirações — o ser mãi.

Felizmente porem, essa epocha de rancorismo já muito longe vae.

Roussel em 1581 concorreu com a sua proficiencia mos-

trando as vantagens da laparo-hysterectomia, por elle muitas vezes praticada.

A operação de laparotomia, para ser admittida no vasto campo da sciencia, tinha forçosamente que lutar com as intemperies da sorte, até que chegasse o momento feliz em que fosse acceita pelos scientistas dominantes.

E' assim que depois de ter sido executada por alguns cirurgiões com resultado negativo, foi condemnada ao esquecimento.

E já ha alguns annos que dormia, quando o vulto eminente de Pasteur a fez depertar, marcando com a descoberta da antisepcia uma nova phase de progresso.

Em 1809, na America do Norte, foi praticada uma laparo-ovariotomia, por Ephroim Marc Dowel.

Depois esta operação foi sendo admittida por Nathon Smith, Albun Smith e outros.

Atlee, em 1877 apresentou uma serie de operações que subia a 246 casos, ficando assim perfeitamente acreditada na America do Norte.

Em Inglaterra, Lizars em 1824, praticou uma abertura do ventre por um erro de diagnostico e no anno seguinte por um kysto do ovario.

Os cirurgiões inglezes em 1842, já praticavam laparotomias exploradoras com o fim de precisar diagnostico. [1]

Em Allemanha, Chrysmann fez em 1823, uma tentativa desastrosa.

Em França, Woysikowsky, de Quingey, em 1844, fez a primeira laparotomia.

(1) Eduardo de Souza Resende — These.

Em 1856 foi esta operação condemnada pela Academia Franceza.

Graças porem, aos trabalhos de Kœberlé e Pean, foi em 1864 acceita em Paris e d'ahi se vulgarisou por toda a França.

Com os progressos da bacteriologia, a operação de laparotomia, foi se generalisando por toda a parte e actualmente se pratica a abertura do abdomen por muitas causas e para fins diversos.

Em nosso caro Brazil, com prazer digamos, as laparotomias foram e têm sido praticadas em quasi todos os Estados e com tanto exito, quanto nos centros mais adiantados da cirurgia moderna.

Foi em 1859, que o velho mestre, o decano dos clinicos Dr. José Francisco da Silva Lima, fez na Bahia a primeira laparotomia, iniciando assim, a cirurgia abdominal no Brazil.

O Dr. Silva Lima teve como causa obrigatoria de sua intervenção, uma prenhez extra-uterina e apezar da ousada operação, teve o desgosto de ver fallecer e sua cliente no decimo nono dia após a intervenção.

No mesmo anno, pela mesma causa, o Conselheiro Paraiso de Moura fez outra laparotomia igualmente sem resultado.

Em 1869, no Rio de Janeiro, fez o Dr. Matheus de Andrade uma laparo-hysterectomia, que na mesma forma não deu resultado.

Em 1870, ainda no Rio de Janeiro fez o Professor Feijó Junior, em uma franceza que apresentava no utero um

volumoso kysto, uma laparo-hysterectomia com resultados magnificos.

Em 1872, fez na Bahia o Dr. Silva Lima uma laparo-ovariotomia.

Em 1873 e 1875, fez o venerando mestre Dr. Antonio Pacifico Pereira duas laparo-ovariotomias, que foram seguidas de morte.

Em 1877, despertam da lethargia em que se achavam os cirurgiões do norte e o Dr. Lobo Moscoso,em Pernambuco, praticou com optimos resultados a primeira laparo-hysterectomia, tendo como indicação um volumoso kysto da parede anterior do utero.

Em 1878, o Dr. Tarquino Verneck, na casa de saude do Dr. Filicio dos Santos, praticou uma laparo-hysterectomia por fibroma uterino.

Em Maio e Setembro de 1885, na Bahia, o Dr. Pacheco Mendes fez duas talhas hypogastricas, sendo uma por calculo vesical e a outra para o catheterismo posterior.

Nas duas operações o eminente cirurgião teve exito completo.

Em Novembro do mesmo anno, praticou o Dr. Pacheco Mendes uma laparo-hysterectomia total por um fibroma uterino, com bom resultado.

Em Agosto de 1886, na Bahia, o Dr. Pires Caldas fez uma talha hypogastrica por calculo vesical.

Em 1887, effectuou na Bahia, o Dr. Manuel Victorino uma laparo-ovariotomia e uma laparo-hysterectomia.

No mesmo anno, fez o Dr. Pacheco Mendes uma laparo-ovariotomia por um kysto do ovario. Ainda no mesmo anno

è pela mesma causa, praticou o Dr. Pires Caldas uma laparo-ovariotomia, com bom resultado.

Em 1888, o Visconde de Saboya apresentou a Academia de Paris, uma serie de seis laparotomias, sendo praticadas pelo Dr. Feijó Junior e, nas quaes cinco deram resultados satisfactorios.

Em 1889, o Dr. Vieira da Cunha estrêa em cirurgia abdominal, no Hospital de Pedro II, em Pernambuco, com a laparo-hysterectomia,

O Dr. Carlos Gray em um trabalho publicado no Rio de Janeiro em 1891, refere-se a quatro casos de laparo-hysterectomia.

O Dr. Pacheco Mendes em 1893, praticou uma laparotomia por um caso de volvo do illeum. Pela mesma causa fez o Dr. Pacheco, até a data em que escrevemos seis laparotomias, sendo em quatro, coroado do mais completo exito.

Em 1893, na these inaugural do Dr. Lobo, encontramos uma bôa estatistica de quarenta e oito laparotomias feitas de 1889 até 1894, sendo indicadas quasi todas por tumores uterinos.

No mesmo anno, o Dr. Pacheco Mendes praticou pela primeira vez na Bahia, a operação de hernia pelo processo Bassini.

Ainda em 1894, fez o Dr. Pacheco Mendes na Bahia, tambem pela primeira vez, duas nephrectomias, uma por causa de um sarcóma do rim e outra, por dilaceração do rim em consequencia da queda de um cavallo, tendo nas duas intervenções optimos resultados.

No mesmo anno ainda, praticou o Dr. Pacheco uma

laparo-hystorectomia total, por um fibroma do utero, com bom resultado.

Em 1895, o Dr. Chapot Prevot praticou tres laparo-hysterectomias.

No mesmo anno, fez o Dr. Pacheco Mendes uma laparotomia, com bom resultado.

O Dr. Cornelio Vaz de Mello fez, na capital de Minas, a sua primeira laparotomia em 1896.

No mesmo anno, praticou na Bahia, o Dr. Pacheco Mendes outra laparotomia, com bom resultado.

Ainda no mesmo anno, o mesmo cirurgião, fez algumas laparotomias em consequencia de ferimentos penetrantes do abdomen. Em um desses doentes laparotomisados, fez o Dr. Pacheco Mendes, uma resecção intestinal, seguida de interoraphia, por seu processo, com esplendido resultado.

Em 1897, praticou o Dr. Pacheco Mendes tres laparotomias, uma por prenhez extra-uterina e as outras por neoplasmas da bexiga.

Em 1898 e 1899, praticou ainda o mesmo cirurgião algumas intervenções laparatomicas.

Em 1901, os Dr. Leopoldo de Araujo, no Recife e Tarquinio Lopes, no Maranhão, praticaram as suas primeiras laparotomias.

O Dr. Lydio de Mesquita, publicou em 1902, uma bôa monographia na qual cita quatro observações de laparo-hysterectomias, com o emprego da solução de Tavel, sendo todas quatro seguidas de bom resultado.

Os casos de intervenção abdominal vão se reproduzindo consideravelmente em quasi todos os estados do Brazil.

E' assim, que, exceptuando os Estados do Rio Grande do Norte, Alagôas, Sergipe, Espirito Santo, Goyaz, Matto Grosso, Paraná e Santa Catharina, em todos os outros se tem largamente praticado laparotomias, principalmente em Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro e S. Paulo.

CAPITULO II

Das laparotomias

Na pratica de uma laparotomia temos que observar todos os principios da asepsia moderna sob pena de sermos mal succedidos em nossa intervenção.

Quando a operação não é de extrema urgencia, é de bôa pratica, que na vespera ou na anti-vespera, seja administrado um purgativo ao doente.

Immediatamente antes de toda e qualquer operação laparatomica, um ajudante deve passar uma sonda e, retirar toda a urina que possa existir na bexiga.

A parede abdominal deve ser rigorosamente e com muito cuidado desinfectada, por meio de lavagens com solução antiseptica e, friccionada com sabão de sublimado, que em nossa opinião, é o que merece maior confiança.

E' muito conveniente que façamos diversas lavagens do abdomen nos dias que precedem a operação.

Depois das lavagens collocaremos na parede abdominal um penso aseptico ou ligeiramente antiseptico.

Os pellos do pubis precisam ser raspados ou melhor, como aconselham os professores Monod e Vanverts, retirados por meio de uma pasta epilatoria, principalmente quando temos que intervir em uma mulher.

Tomadas as precauções indicadas, colloca-se o doente

na mesa de operação e, depois de anestesiado, nada mais resta, que iniciar a intervenção.

A laparotomia pode ser mediana ou lateral; de accordo com a séde da incisão; sobre umbilical, ou sub-umbilical, se a incisão é feita acima ou abaixo do umbigo ou ainda completa, quando a incisão prolonga-se do appendice xiphoide ao pubis.

Podemos, muito racionalmente accrescentar a esta divisão a laparotomia mixta, que é a incisão da parede abdominal, feita em uma extensão que está fóra dos limites marcados para as outras laparatomias, exemplo: uma laparotomia que vae do appendice xiphoide até um pouco abaixo do umbigo, sem absolutamente attingir o pubis.

No caso figurado não temos uma laparotomia, nem super nem sub-umbilical, nem completa, mas sim mixta.

Descreveremos em primeiro logar a laparotomia mediana, por ser justamente a que maior numero de vezes se pratica, limitando-nos a fazer a respeito da outra « laparotomia lateral » apenas citações.

Praticaremos a laparotomia mediana, quando temos que intervir em orgãos localisados na linha mediana, taes como o estomago, o utero e outros, e a laparotomia lateral quando somos forçados o operar em orgãos lateralmente collocados, o figado, o rim.

A laparotomia é decomponivel em tres actos bem distinctos: abertura do abdomen; manobras no interior praticadas; e fechamento de suas paredes.

Collocado o doente no decubito dorsal, em plano horisontal e, estando completamente acciado, faremos uma

incisão na linha mediana, de maior ou menor extensão, conforme a causa que nos força a intervir e, de accordo com a nossa divisão, praticaremos a laparotomia mediana, completa ou incompleta.

A incisão comprehenderá a pelle e o tecido cellular subcutaneo.

Quando temos que intervir na parte inferior do abdomen ou na pequena bacia, podemos, para facilitar as nossas manobras, por o doente na posição de Trendelemburg, isto depois de incisada a pelle e o tecido cellular subcutaneo.

A maior parte das mesas modernas de operação, presta-se mui facilmente a collocação do doente na posição citada, porem, em falta de uma mesa apropriada, podemos com o auxilio de dois ajudantes, manter o doente na mencionada posição.

Passemos ao segundo tempo da abertura do abdomen.

Seccionada a pèlle e o tecido cellular, temos que abrir a aponevrose que constitue a bainha dos rectos.

A aponevrose constituinte da bainha dos rectos, somente se nos apresenta depois de incisada a pelle e o tecido cellular subcutaneo e, então devemos seccional a para fóra da linha alva e immediatamente sobre o bordo interno do primeiro dos musculos rectos.

Depois de aberta uma linha, abriremos a outra e isto em toda a extensão da incisão das camadas superficiaes.

Estando aberta as duas linhas musculares, fica limitada, pelas incisões citadas, a linha alva que deve nesse momento ser reseccada por meio de alguns golpes de tesoura.

Antigamente procurava-se passar exactamente no inter-

vallo dos dois musculos rectos deixando para o fim da operação a abertura consecutiva de suas bainhas (incisão de Morgagni).

E' preferivel porem, abrirmos as bainhas musculares da maneira porque ficou dicto, a deixarmos para o fim da operação, sendo esta pelo menos a nossa opinião.

Passemos ao terceiro tempo da abertura do abdomen, que consiste em abrir o peritoneo.

Antes porem, de chegarmos ao peritoneo, temos que seccionar a camada retro-muscular, que pode ser muito delgada, ou ao contrario, bastante espessa.

Ella é constituida pelos planos seguintes: o *fascía transversalis*, o *tecido cellular sub-peritoneal*, a *aponevrose umbilico-prevesical* e finalmente o *peritoneo* (Testut e Jacob).

Se esta camada é muito espessa, é bom incisarmos na linha mediana cautelosamente, evitando assim o peritoneo subjacente que é muitas vezes interessado.

Este tempo devemos pratical-o com todo o methodo, Tomamos uma pinça de dissecar e com ella agarramos os tecidos gorduroso e fibroso, que constituem o fundo da incisão, cortando-se obliqua e superficialmente, para a dobra assim formada.

De ordinario o peritoneo não se abre do primeiro golpe, sendo preciso para isso recomeçarmos a manobra.

Podemos perfeitamente reconhecer a abertura da cavidade peritoneal, pelo apparecimento de um orificio de bordos finos e cortantes, atravez do qual se descobre, seja uma ansa intestinal, seja o epiploon, com seu aspecto caracteristico, seja ainda, se o doente está em uma posição

inclinada, um espaço cavitario evidente que é a cavidade peritoneal. (Monod e Vanverts).

Aberto um pequeno orificio na serosa peritoneal, devemos prender com duas pinças os bordos do peritoneo, que irão nos servir de ponto de reparo, introduziremos o dêdo na abertura formada e com uma tesoura romba, cortaremos de cima para baixo, protegendo com o dêdo o intestino e o epiploon até a proximidade dos limites da ferida.

E' de bôa pratica não darmos a secção do peritoneo a mesma extensão que a das partes adjacentes, isto porque será mais facil a reunião da serosa, sobretudo melhor, quando a extensão da secção do peritoneo é menor, precaução importante nas proximidades do pubis.

Quando devemos penetrar na pequena bacia, ha vantagens de irmos com a incisão aponevrotica e muscular até ao osso, porem é de bôa technica, sermos muito avaro em cortar a serosa peritoneal, para evitar o mais possivel, o perigo em que incorremos de lesar a bexiga, que pode achar-se recalcada para cima em caso de um tumor pelviano muito volumoso.

A medida que vamos incisando o peritoneo, vamos por meio de pinças de forsepressura pinçando os labios da serosa.

Os labios do peritoneo são revirados para cada lado da abertura e, protegidos por meio de compressas mornas humedecidas em soro physiologico, que são por sua vez mantidos nos logares desejados, por meio de pinças, impedindo-os assim de embaraçar o campo operatorio.

*
* *

Incisão transmuscular mediana lateral. — Incisão de Howitz.

Em 1893, no Congresso de Associação dos Cirurgiões do Norte, que se reuniu em Gothembourg, Howitz, declarou-se peremptoriamente contra a incisão da linha alva que, segundo elle, não corresponde absolutamente as indicações necessarias á uma bôa coaptação.

« A incisão da linha alva, diz elle, é muito desvantajosa, porque a largura das superficies e a ausencia de tecido adiposo nos planos a reunir, a igualdade das incisões e a adaptação dos tecidos seccionados, sem tração consecutiva sobre as suturas, são inteiramente as condições que favorecem a formação de uma bôa cicatriz; ora estas condições estão longe de ser realizadas pela incisão da linha alva.

« Com effeito, existe ao nivel desta linha uma espessa camada de tecido adiposo; a incisão é de uma largura differente segundo a natureza dos tecidos seccionados, emfim produz-se uma tração sobre os labios suturados da ferida».

Esta opinião emittida tão categoricamente não ficou sem echo; muitos outros cirurgiões collocaram-se ao lado de Howitz, taes como Brandt, La Fosse, Doleris, Pour Amman, etc.

Digamos algumas palavras a respeito da technica da incisão transmuscular que consiste no seguinte:

Incisão da pelle e do tecido cellulo-gorduroso sub-cutaneo, feita parallelamente as fibras do musculo e a uma distancia mais ou menos grande da linha mediana; incisão do folheto anterior da bainha do musculo; *incisão*

do musculo, ou separação de suas fibras com um instrumento rombo; incisão do folheto posterior da bainha: incisão do tecido cellulo-gorduroso sub-peritoneal e finalmente do peritoneo.

A simplicidade operatoria desta incisão laparatomica, simplicidade aliás muito relativa, não é a unica razão motivadora da preferencia que lhe dá um certo numero de cirurgiões.

A incisão transmuscular com effeito, apresenta reaes vantagens, entre os quaes salienta-se a prompta regeneração dos tecidos e a sua reunião por primeira intensão, aptidão toda especial devido a riqueza em vasos sanguineos do tecido muscular.

As cicatrizes do tecido aponevrotico são finas e despedaçam-se facilmente, ao passo que, as do tecido muscular, são notavelmente resistentes.

E' assim que depois da operação cesariana, se pode ver a cicatriz uterina resistir a destensão de prenhezes posteriores, no entretanto a da linha alva pode cedendo, determinar a mais das vezes eventrações.

O methodo de Howitz tem entretanto o inconveniente de deixar entre a incisão muscular e a linha alva, uma fina faixa de musculo sem enervação, cuja consequencia evidente será, a paralysia desta parte e uma atrophia muscular ulterior.

A abertura muscular puderá formar uma especie de *boutonniére* contractil que durante a intervenção, irá difficultar as manobras intra abdominaes.

*
* *

INCISÃO CRUCIFORME OU DE KUSTNER — Kustner foi o

primeiro que abrio o abdomen por uma incisão transversal sobre-pubiana, por elle chamada «Kreustzchmitt» ou crucial e, que preconisou para as intervenções, praticadas nos casos de affecção pouco extensa dos orgãos genitaes internos da mulher.

Diversos outros cirurgiões, imitaram Kustner em sua maneira de operar, taes como: Frænstgen, Rapin, Segoud, Pfannenstiel e outros, todos tendo como idéa directora, o dissimular a cicatriz, tanto quanto possivel fosse, assegurando uma bôa reorganisação da parede abdominal.

A technica da laparatomia crucial é a seguinte: Depois de termos praticado uma incisão transversal acima do pubis, medindo 6 a 10 centimetros de extensão, interessando a pelle e o tecido adiposo subcutaneo até a aponevrose, dissecaremos o retalho cutaneo gorduroso, que será mantido afastado por meio de irignas ou de uma sutura provisoria.

Os planos subjacentes são assim postos a descoberta.

Praticaremos então na linha mediana, uma outra incisão da mesma extensão e na mesma direcção da incisão cutanea, seccionando as aponevroses e, é somente quando estas estão bem afastadas, que praticaremos a incisão sagital, separando os dois musculos grande rectos até ao fascia transversalis, incisando finalmente o tecido gorduroso sub-peritoneal e o peritoneo parietal.

Devemos fazer a sutura da ferida em tres ou quatro planos.

Esta incisão não é uma incisão que possa ser recommendada para todos os casos posto que tenha suas applicações especiaes.

Sua vantagem principal é de deixar uma cicatriz apenas visivel, no meio dos pellos da região pubiana, razão pela qual Rapin deu-lhe o nome de «incisão esthetica».

Segundo Hartmann e Pfannemteel esta incisão deixa uma cicatriz particularmente solida, pelo menos em doentes operados segundo os seus processos.

A incisão transversal tem porem, o inconveniente de determinar maior perda de sangue que a vertical, pela abertura dos vasos arteriaes e venosos sub-pubianos, dahi a necesssidade de collocarmos no curso da operação, um certo numero de pinças hemostaticas.

Este modo de abertura abdominal, não dá uma abertura sufficiente para todas as intervenções sendo isto um dos principaes defeitos deste methodo operatorio.

*
* *

Incisão de Longuet—Esta incisão é uma intermediaria das incisões de Morgagni e Howitz.

Ella tem como fim especial a conservação integral do musculo grande recto.

Digamos ligeiramente em que consiste a technica de Longuet.

Primeiro tempo—O doente estando em posição inclinada traçaremos a linha da incisão. Esta linha parte do meio do pubis, até o nivel do umbigo, dois ou tres centimetros para fóra.

O traçado é ligeiramente obliquo para cima e para esquerda, correspondendo sensivelmente ao bordo interno de um dos musculos grande recto, supponhamos que seja

o esquerdo, devendo o operador estar a esquerda do doente.

Segundo a linha traçada e em extensão variavel de accordo com o caso, seccionaremos a pelle e o tecido cellular subcutaneo, até pormos a descoberta a bainha do musculo grande recto.

Segundo tempo — Abriremos a bainha muscular com tesoura ou bisturil.

O musculo recto se nos apresenta largamente desnudado em seu bordo interno e, tende expontaneamente á reclinar-se para fóra.

Para ampliarmos mais o campo operatorio é bastante auxiliarmos com um afastador a inclinação natural do musculo.

As vezes temos necessidade de seccionar alguns tractos fibrosos que ligam o bordo interno do musculo.

Ao transpor o nivel do umbigo encontraremos, em geral, as faixas de intersecção muscular, mas estas, como os tractos, são seccionadas facilmente por alguns golpes de tesoura dados longitudinalmente.

Terceiro tempo — Afastado o musculo recto, com as precauções usuaes, faremos a abertura do fascia transversalis, depois do tecido gorduroso sub-peritoneal e finalmente do peritoneo, de accordo com a direcção da linha operatoria precedentemente descripta.

Este methodo operatorio não tem o inconveniente de deixar posteriormente uma faixa muscular susceptivel de uma paralysia, nem tambem crêa uma *boutonnière* contractil que difficulta as manobras internas.

Ao contrario, tem a grande vantagem de respeitar

integralmente a innervação do musculo e de dar a maxima segurança contra a eventração, porque o musculo recto constitue uma barreira que se acha interposta ás suturas profundas e as superficiaes.

Alem disso, esta technica respeita completamente a physiologia da musculatura da parede anterior do abdomen, o opposto da secção mediana, que compromette um pouco esta musculatura, pois ella interessa a linha alva, centro aponevrotico de inserção commum a todos os musculos anteriores da parede abdominal.

A secção sub-mediana, tem ainda a vantagem de prestar-se perfeitamente á reunião por primeira intensão devido a rica vascularisação dos tecidos. (1)

*
* *

Manobras intra-abdominaes—Sem tratarmos das operações pelas quaes são praticadas as laparotomias, citaremos entretanto, algumas generalidades a respeito de certas manobras que podem ser executadas no decurso de muitas outras intervenções cirurgicas.

Exposição do campo operatorio—Poderemos perfeitamente, por meio de afastadores apropriados, expor todo o campo de nossas manobras, e quando temos que intervir na pequena bacia applicaremos na extremidade inferior da incisão, um afastador largo denominado valvula.

Protecção do intestino — Devemos evitar o mais possivel o trauma do intestino, e para isso o protegeremos por meio de compressas humedecidas em soro physiologico previamente aquecido.

(1) Louis—André—These.

Quando tivermos no curso de uma laparotomia, de abrir um fóco purulento, que possa contaminar o peritoneo, poderemos vantajosamente substituir as compressas por esponjas esterilisadas, montadas em longas pinças.

As esponjas servem para recalcar o intestino e formar uma barreira efficaz contra a propagação septica.

Não devemos nunca empregar as compressas seccas, que tem o inconveniente de descamar o peritoneo, facilitando assim a producção de adherencias ulteriores.

Asseio e lavagem do peritoneo — Antes de fecharmos o abdomen devemos fazer uma asepsia cuidadosa do peritoneo e, retirar por meio de compressas o sangue, que nelle possa se ter derramado.

Actualmente, é de bôa regra, não lavarmos o peritoneo, por causa do inconveniente que tem, de generalisar a infecção localisada.

Ha casos porem, em que, podemos recorrer as lavagens peritoneaes e, nesses casos é preferivel usarmos uma solução aseptica, soro physiologico, a empregarmos soluções antisepticas de sublimado, acido phenico e outras substancias irritantes e toxicas, as quaes poderão trazer consequencias desagradaveis.

Peritonisação das superficies cruentadas — Devemos, antes de fechar a cavidade abdominal, verificar se não existe alguma superficie cruentada e, que o revestimento peritoneal é completo.

Em qualquer ponto da cavidade abdominal, que falte a continuidade da serosa peritoneal, precisamos restabelecel-a por meio da peritonisação, recorrendo para este

fim a um retalho seroso, previamente mobilisado, e a algumas suturas sero-serosas.

Fazendo desapparecer os pontos desnudados do peritoneo supprimiremos toda a exsudação nesses pontos, denunciando por conseguinte as portas de infecção.

Drenagem e tamponamento — Chassaignac foi o primeiro que classificou a manobra de que nos vamos occupar, de *drenagem cirurgica*.

Já ha muitos annos, que se emprega a drenagem nas laparotomias, sendo preferivel porem, a via vaginal.

Em 1867 Kœberlé praticou pela primeira vez a drenagem abdominal.

Elle, Kœberle, serviu-se de tubos de vidro, em forma de canulas, dilatados em uma de suas extremidades e perfurados em todo o seu trajecto por pequenos orificios.

Conhecida a drenagem começaram, como é natural, a apparecer as modificações.

Essas modificações abrangiam o material empregado, a forma de fazer a drenagem e as indicações do mesmo processo.

Lavon-Tait propoz o emprego da aspiração como meio de drenar um liquido contido em uma cavidade qualquer.

Hegar procurou aproveitar o poder absorvente de certas substancias como um meio de drenagem.

Mikulicz aconselha o isolamento de uma porção da superficie peritoneal, por meio de mechas de gaze e de tampões, destinados a encher a cavidade, para formar uma especie de campo peritoneal que as adherencias rapidamente formadas, não tardarão a limitar do resto da cavidade peritoneal.

Fórma assim uma especie de chaminé que permittirá aos liquidos, seguir o trajecto das mechas e tampões, cercados de adherencias, e atravessar uma porção da cavidade peritoneal, sem nella penetrar e sem infectar as outras partes da serosa.

Tamponamento de Mikulicz — Segundo Mikulicz o *tamponamento* é um meio de separar do resto da cavidade abdominal, a porção do peritoneo que se quer manter em relação com o exterior e o tempo que se queira.

Mikulicz faz o *tamponamento* do seguinte modo: Elle serve-se de um retalho de gaze iodoformada a 1 p. 100. E' um pedaço de gaze quadrangular do tamanho de um lenço, mais ou menos, no centro do qual está fixado um fio de seda longo e solido.

Elle dobra a gaze em fórma de cartucho de maneira que o meio forme um ponto e que a extremidade do fio de seda penda para o exterior, e depois com uma pinça longa e curva prende a gaze e a colloca no logar que deseja.

Na maioria dos casos é sufficiente um tampão, porem, havendo necessidade poderemos empregar diversos.

A drenagem offerece uma serie de vantagens sendo as principaes as seguintes: *O tamponamento* é hemostatico, representando a mecha de gaze, perfeitamente o papel de dreno tem ainda a vantagem de supprimir os espaços vasios, os espaços mortos e, de favorecer a formação de adherencias; e emfim a possibilidade de tornar a mecha antiseptica, mergulhando a em uma solução qualquer, podendo prestar serios serviços, nos casos em que precisamos reunir a drenagem a desinfecção.

Indicações da drenagem — Devemos recorrer a drena-

gem, quando se trata de uma infecção peritoneal generalisada ou localisada; quando existe na cavidade do peritoneo uma superficie septica susceptivel de fornecer liquidos virulentos; quando o peritoneo for infectado antes ou durante, a operação, devemos sempre fazer a drenagem da cavidade peritoneal; quando persiste em um ponto do peritoneo uma hemorrhagia em toalha; quando praticamos a sutura de um orgão ôco e que não estamos certos da perfeita asepsia da sutura; quando ha lesão extensa do peritoneo e descollação de uma larga superficie cruentada, quando emfim suspeitamos da infecção por não termos confiança absoluta em nossos auxiliares ou receamos da nossa esterilisação.

Ha, entretanto, alguns cirurgiões que não estão de accordo com o nosso modo de ver.

Basearemos nossa opinião na muita confiança que depositamos nos meios de drenos postos a nossa disposição, entretanto, julgamos que dependerá da habilidade de technica do operador e de sua pratica cirurgica, a maneira porque se portará, sem expôr o seu doente a qualquer dos casos citados.

A technica e a pratica ensinarão melhor que todas as theorias.

A nossa opinião é que em um caso suspeito, o cirurgião deve drenar sempre, porque é muito melhor termos uma cicatriz por segunda intensão, que nos arriscar a perder o nosso doente, somente pela vaidade de vermos uma cicatriz bonita.

*
* *

Fechamento da parede abdominal — Não ha talvez, questão cirurgica, que tenha chamado tanto a attenção dos operadores, occasionado maior numero de dissenções que o fechamento do abdomen.

Alguns cirurgiões realçam as vantagens da sutura em massa, comprehendendo em um só plano todos os tecidos seccionados.

Outros recommendam o fechamento do abdomen em dois planos, um profundo comprehendendo somente o peritoneo, outro superficial abrangendo o resto dos tecidos cortados.

Ha ainda quem preconise o fechamento abdominal em tres, quatro e mesmo cinco planos.

Da mesma fórma que se discute o numero de planos, discute-se igualmente o material a empregar-se para organisar as suturas.

Entretanto, podemos empregar a seda, o catgut, a crina de Florença, fios metallicos, de conformidade com os planos que suturamos e as suturas que temos a empregar.

Tambem discutem muito a fórma de sutura empregada e, qual a combinação a que devemos dar preferencia.

Julgamos que podemos empregar e, com resultados positivos, qualquer que seja o modo de sutura, desde que as leis de technica sejam rigorosamente cumpridas, entretanto nos inspira mais confiança a sutura em dois planos de Jonnesco.

A principio os cirurgiões empregavam para o fecha-

mento do abdomen, a mais simples das suturas, a sutura em um só plano — sutura em massa. —

No congresso de gynecologia de Genova, Granville — Bentock monstrou-se partidario da sutura em massa, principalmente quando se tratava de um individuo moço, são, de musculatura bem desenvolvida e não muito gordo.

Baseado em sua theoria dizia elle:

« E' sufficiente, quando a incisão fica entre os limites do umbigo e do pubis, empregar a sutura de pontos separados abraçando a parede em toda a sua espessura.

A sutura atravessará a pelle, a gordura subcutanea, a aponevrose muscular, o musculo, a gordura subperitoneal e o peritoneo de um lado, depois as mesmas camadas, em sentido inverso do lado opposto ».

Para os individuos obesos o propio Granville, partidario enthusiasta da sutura em massa, preconisa a sutura em diversos planos, que lhe parece offerecer maiores garantias contra as eventrações possiveis.

O professor Monod, um dos adeptos da sutura em massa diz: « E' preciso que o fio seja disposto de tal maneira, que comprima em sua volta, mui pouca pelle, muito musculo e mui pouco peritoneo ».

O professor Le Dentu, como muitos outros, depois de ter praticado successivamente os dois modos de fechamento da parede abdominal em massa e em planos, tornou-se partidario do primeiro processo, que julga offerecer mais vantagens, como podemos deduzir das indicações seguintes por elle formuladas.

« Depois de ter praticado durante muito tempo a sutura

em um só plano, com fios de prata, experimentei, como todos os cirurgiões, a sutura em planos, mas em dois planos somente, a saber: um plano profundo com catgut ou seda comprehendendo peritoneo e os musculos grande rectos; e o outro plano superficial, passando sobre os tegumentos e a parte mais superficial dos musculos grande rectos, plano este effectuado com fios de prata.

Alguns casos de suppuração fizeram-me voltar a sutura em um só plano, com fios de prata a um centimetro e meio, um em relação aos outros. »

Apesar de ter por adeptos cirurgiões eminentes, a sutura em massa conta actualmente um grande numero de detractores.

As experiencias de La Torre provam, que o fechamento da cavidade abdominal em planos, apresenta muito maior resistencia que o feito em massa.

Si bem que La Torre, houvesse feito experiencias em cães e, não podessem seus resultados ser applicados inteiramente ao homem, comtudo parece-nos que não deveremos abandonar as suas conclusões.

Hoje quasi todos os cirurgiões fecham o abdomen por meio de suturas multiplas, aconselhando-se principalmente a sutura em tres planos de Pozzi.

A sutura de Pozzi consiste no seguinte: uma sutura continua do peritoneu, em espiral, sutura do plano fibro-aponevrotico e emfim, uma ultima, ainda em espiral, ou em pontos separados e reforçados, se a parede é espessa, por pontos profundos feitos com fios de prata.

Tambem podemos fazer a sutura da pelle por meio das presilhas (grefes) metallicas de Michel que apresentam a

vantagem de serem rapidamente collocadas, mui facilmente retiradas, sem causar soffrimento ao doente e de formar uma cicatriz elegante.

Depois de feita a operação só nos resta por um penso, que consiste em algumas dobras de gaze aseptica collocadas sobre a sutura, cobertas por diversas camadas de algodão hydrophilo e mantidas por uma larga faixa de flanella.

Depois de concluido o penso mandaremos levar o doente para uma camara, onde serão observadas as prescripções da hygiene e na qual a temperatura seja invariavelmente a mesma.

Quando apparecem phenomenos de colapsus deveremos fazer algumas injecções de soro physiologico e especialmente quando o nosso doente tem, no curso da operação, perdido muito sangue.

Ha quem aconselhe fazer, dois ou tres dias antes da operação, algumas injecções de soro physiologico.

A dieta de um doente operado de laparatomia è liquida e, no dia da operação só permittiremos que o doente ingira alguns goles de champagne e, isto somente a noite.

Devemos ainda ser mais severos quando existe vomitos.

Ainda no dia seguinte o doente só tomará liquidos e, em mui pequena quantidade.

No terceiro dia, ordinariamente o doente elimina os gazes do intestino e deste momento em diante podemos dar-lhe um pouco de leite ou caldo.

Depois que o doente faz a primeira defecação, vamos alterando a alimentação e, progressivamente augmentando.

Hartmann preconisa, depois das laparotomias, as lava-

gens repetidas da bocca, como meio preventivo das parotidites e das broncho-pneumonias que se observam nos doentes debilitados.

Estas infecções são devidas, segundo Hartmann, a falta de hygiene daquella cavidade.

A paralysia *post operatoria* da bexiga indica catheterismos repetidos.

Quando drenamos a cavidade abdominal, temos que, em media, no fim de quarenta e oito horas, retirar a gaze com que haviamos drenado a mencionada cavidade.

CAPITULO III

Algumas Indicações

Neste capitulo não nos occuparemos absolutamente da etiologia, da anatomo-pathologia, da marcha nem do diagnostico da molestia que nos força a laparotomisar o doente.

Julgamos que esteja tudo perfeitamente conhecido e que o diagnostico seja scientifico e positivamente firmado.

Citaremos tão somente, alguns estados morbidos nos quaes a laparotomia é o processo de que lança mão o cirurgião para salvar o doente.

Começaremos pela appendicite, molestia que tantas questões tem levantado no vasto campo da sciencia.

Ainda hoje não estão de accordo nem os cirurgiões, nem os medicos em relação ao tratamento e ao momento opportuno da intervenção nos casos de appendicite.

Surge sempre no nosso espirito o velho thema, muito discutido e bem pouco firmado, da intervenção a frio ou a quente.

Vemos de um lado, medicos de longa pratica e competencia dizerem: « não existe tratamento medico da appendicite »; de outro lado cirurgiões eminentes preconisarem o opio, o gelo etc. (Lejars, Gross).

Mas deixemos de parte o tratamento medico e abordemo-nos, sem mais preambulos, o tratamento cirurgico e o momento opportuno da operação.

A laparotomia é indicada em casos de appendicite, quando somos chamados nas primeiras vinte e quatro ou trinta e seis horas que se seguem ao inicio da molestia e temos a felicidade de firmar perfeitamente o diagnostico.

Nestes casos devemos operar immediatamente porque é justamente nesse espaço de tempo que a operação é mais benigna, em geral, vista como o appendice estando ainda livre ou quasi livre é facil de se descobrir e de ser reseccado.

Procedendo assim, evitaremos todos os accidentes de uma evolução sempre perigosa e desconhecida.

Muitas vezes porem, obstaculos insuperaveis se nos apresentam, forçando-nos então a recorrermos ao tratamento medico.

E' sempre preferivel intervirmos a frio, porem, devemos estar preparados, mesmo na marcha de uma appendicite benigna, para abrirmos o abdomen, ao primeiro signal alarmante que se nos apresente

Em semelhantes casos é o pulso que nos fornece os principaes esclarecimentos.

Quando elle é pequeno, havendo mais de cento e quinze pulsações no adulto, de cento e vinte e cinco a cento e trinta na creança, temperatura de 38° ou mesmo de 37,5, discordancia acentuando-se cada vez mais, isto é, o pulso augmentando de rapidez a proporção que a temperatura abaixa, nada mais resta-nos do que a intervenção immediata.

Depois do sexto dia, da marcha de uma appendicite, quando a temperatura devia baixar, porem mantem-se, as dôres tornarem-se mais agudas, o empastamento augmen-

tado e muitas vezes amollecido, deixando de figurar uma placa endurecida para tomar a fórma de uma espessa abobada muito dolorosa em seu centro, a operação se impõe (Lejars).

Quando em uma appendicite de evolução benigna apparecer no terceiro, quarto ou quinto dia, vomitos, febre alta, o pulso pequeno e frequente, a laparotomia é indicada.

A operação é tambem indicada sempre que existe um abcesso appendicular.

Todo abcesso reconhecido deve ser aberto e para evitar complicações, o mais depressa possivel, (Nothnagel).

Nas peritonites diffusas, quando o estado geral permitte, a unica taboa de salvação é a intervenção.

Para Nothnagel, a persistencia em uma appendicite da temperatura de 39° depois do sexto dia é uma indicação da intervenção.

Em geral, pode-se dizer que a temperatura elevada nos induz a operar, sem querer isto dizer, que uma febre baixa seja uma contra indicação absoluta á intervenção.

No periodo apyretico a operação é indicada por um grande numero de autores, quando persistem certas perturbações taes como: dôres, sensação de tensão, perturbações na defecação, na menstruação, etc.

Julgamos entretanto, que depois de um ataque agudo de appendicite se deve fazer sempre a resecção do appendice para prevenir as reicidivas, que são sempre muito perigosas.

Nothnagel contraindica a intervenção depois das appendicites, quando o doente não apresenta perturbações subjectivas, nem revela nada de anormal nos orgãos abdominaes.

Não estamos de accordo neste ponto.

Quando se trata de um doente de septicemia grave, consecutiva a uma peritonite diffusa, muitos cirurgiões presumem que se não deve operar porque é de esperar por um choque operatorio mortal.

Igualmente devemos obstar de operar, quando existe um colapso que dura muitos dias e observamos o euphoria apparente do doente.

Hoenel diz que, quando o doente apresenta paralysia do intestino, impossibilidade de provocar movimentos peristalticos pelas successões e de os perceber pela auscultação, a laparotomia é contra indicada.

Ha entretanto, cirurgiões que só deixam de operar quando o doente está moribundo (Rotter).

*
* *

A laparotomia tem igualmente indicações nas feridas penetrantes da cavidade abdominal.

O professor Lejars diz, que ferida penetrante do abdomen e perfuração intestinal são synonimas.

Ora, admittindo este modo de pensar, nada menos discutivel que, a laparotomia em casos de ferimentos abdominaes.

Conhecemos perfeitamente as difficuldades e os perigos das laparotomias nos ferimentos abdominaes, difficuldades que alem de outras, surgem do grande numero de perfurações intestinaes que podem existir.

Entretanto julgamos, que estas difficuldades não constituem absolutamente uma contra indicação da intervenção.

O numero de perfurações intestinaes pode ser tal que

seja impossivel sutural-as; porem quem senão a laparotomia pode isto affirmar?

Nos casos em que existe um só orificio é, muitas vezes, a laparotomia o meio unico capaz de salvar uma vida em imminencia de desapparecimento.

Quando depois de uma ferida abdominal por arma de fogo, ou outro qualquer instrumento, o doente se nos apresenta com o pulso pequeno, facies contrahido, o ventre abaúlado, doloroso á pressão, com matidez na fossa iliaca, sonoridade na região hepatica e vomitos, nada mais temos a fazer senão praticarmos a laparotomia.

Nos casos de multiplicidade de projectis o cirurgião nada deve esperar e sim empregar todos os esforços para uma intervenção rapida, reunindo os elementos que estiverem ao seu alcance e fazer o melhor possivel, de accordo com o meio em que se acha.

Se somos chamados para ver um doente que recebeu no abdomen um tiro de rewolver, e se esse doente não apresenta signal algum que nos force a agir immediatamente, aconselham alguns, de nos pormos na espectativa e só intervirmos quando apparecer o primeiro phenomeno alarmante.

Entretanto, pensamos que, quando dispomos de meios necessarios para praticarmos uma laparotomia e nos pormos mais ou menos ao abrigo de seus perigos, em um caso de ferida penetrante do abdomen, sem termos certeza de haver lesão intestinal é sempre preferivel intervir.

E' melhor intervirmos na incerteza, que deixarmos de o fazer e vermos depois morrer o doente em consequencia

de uma peritonite, por derramento de materias fecaes na cavidade peritoneal.

Praticaremos de preferencia, nos ferimentos por arma de fogo, a laparotomia lateral, no proprio logar do ferimento, a que recorremos, as mais das vezes.

Ha entretanto, feridas do abdomen por arma de fogo, que não nos forçam absolutamente a intervir immediatamente.

Queremos fallar dos ferimentos produzidos por armas de mui pequeno calibre e em que o projectil é dotado de pouca força.

Isto porem, não quer dizer que, mesmo nesses casos, não haja occasiões em que a intervenção se faz preciso, si bem que sejam muito mais raros.

*
* *

Nas molestias do peritoneo a laparotomia tem um vasto campo de indicações.

Começaremos pelas indicações da laparotomia nas peritonites tuberculosas.

As opiniões não estão perfeitamente de accordo com o tratamento da peritonite tuberculosa.

Entretanto, pelo estudo que fizemos, vemos que em muitos casos de peritonites tuberculosas em que se pratica a laparotomia, a melhora e mesmo a cura podem se dar depois d'essa intervenção.

E é firmado na observação clinica, que muitos cirurgiões exigem o tratamento operatorio da peritonite tuberculosa.

Alguns porém, não querem indicar, a laparotomia

senão nos casos de derramen enkystado, ao passo que outros a preconizam em todas as formas, mesmo naquellas em que ha zonas de empastamento e de sclerose.

Ultimamente, um grande numero de medicos pensa, que na peritonite tuberculosa, são preferiveis os processos conservadores á operação e isto não só para as formas de exsudatos seroso, como para as plasticas.

Segundo o Professor Hermann Schlsinger as intervenções operatorias são perfeitamente justificadas: 1.° as puncções abdominaes no derramen seroso abundante não enkystado, ha indicações vitaes; 2° o tratamento da peritonite por perfuração com o auxilio da laparotomia, seguida de pesquizas e obturações das perfurações, quando não existe outra tuberculose grave; 3.° nas formas serosas exsudativas, como nas formas adherentes, quando a molestia apesar do tratamento medico, e não obstante as condições favoraveis, não mostra nenhuma tendencia para uma cura espontanea e quando os outros orgãos estão indemnes ou ligeiramente attingidos.

Analysando a diversidade de theorias não podemos formular aqui indicações absolutas a respeito do assumpto, appellando tão somente para o criterio scientifico do cirurgião, que se acha em frente a um caso de peritonite tuberculosa.

Entretanto iremos citar algumas contra-indicações da intervenção cirurgica nos casos de peritonite tuberculosa.

Os partidarios das intervenções só vêm contra-indicações das laparotomias, quando a tuberculose tem invadido outros orgãos como sejam o pulmão, o intestino, etc.

Barahgrevinh diz que o tratamento cirurgico das formas de peritonites serosas, que não se acompanham de febre, contra-indica a laporatomia, porque estas peritonites evoluem, de ordinario favoravelmente ao doente sem intervenção cirurgica.

Passemos a outras variedades de peritonites.

As laparotomias ainda tem indicações nas peritonites circumscriptas, quando se verifica a presença de um exsudato purulento e que se pode abrir sem correr o risco de infectar a cavidade peritoneal.

Finalmente as laparotomias vão encontrar indicações em todas as especies de peritonites de accordo mais ou menos com o estado geral do doente.

Seria muitissimo difficil, ou impossivel mesmo, citarmos em um mui rudimentar trabalho, todas as indicações laparotomicas e em vista disso, deixaremos que nossa humilde penna ponha o ultimo ponto.

OBSERVAÇÕES

BAHIA

OBSERVAÇÕES PESSOAES

Observação n. 1

Laparotomia por fibroma do ligamento largo esquerdo.—Cura

F. F. N. 52 annos, préta, solteira, multipara, entrou para o hospital de Santa Izabel a 8 de Julho de 1907, e

occupou o leito n. 11, da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Antecedentes. — Regrada aos 12 annos e meio.

Menstruação sempre regular. — Nunca teve abortos.

Estado actual. — Ligeiramente pallida.

Tumor abdominal duro, irregular, pouco movel, attingindo o umbigo.

Fundo de sacco anterior cheio e duro.

Operada a 22 de Julho de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.

Drenagem abdominal, que foi retirada 24 horas depois.

Consequencia operatoria, elevação da temperatura nos tres primeiros dias.

Cicatrização por primeira intenção,

Sahio curada 20 dias após a intervenção.

Observação n. 2

Laparo-hysterectomia subtotal por fibroma do utero. -Cura

L. F. J. 40 annos, parda, solteira, natural de Sergipe, entrou para o hospital de Santa Izabel a 13 de Julho de 1907, e occupou o leito n. 9 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Antecedentes. — Regrada aos 13 annos. Nos primeiros annos a menstruação era muito normal e durava tres dias. Depois de alguns annos, o seu cathamenio tornou-se irregular e acompanhado de fortes dôres. Nunca teve filhos. Tem tido algumas menorrhagias muito abundantes.

Estado actual. — A doente é pallida e um pouco enfraquecida por perdas antecedentes. Urina bem. E' porem

muito perseguida por uma tenaz constipação que a fórça a tomar constantemente purgativos.

Pela inspecção, o ventre arredondado e desenvolvido, semelhando uma prenhez de nove mezes.

Pelo toque, fundo do sacco anterior desapparecido, posterior cheio.

Operada a 30 de Julho de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.

Em virtude do volume do tumor, a incisão vae do pubis até um centimetro abaixo do appendice xiphoide. O neoplasma é difficilmente enucleado. Não ha adherencias. Os annexos são seccionados acima de pinças. Secção do peritoneo, por uma dupla incisão sobre a face anterior e posterior do tumor, acima do collo.

Hemostasia demorada.—Drenagem abdominal, com um tubo de caoutchouc, que foi retirado 48 horas, após a intervenção.

Fechamento abdominal em dois planos, um peritoneal, por meio de uma sutura continua feita com *catgut;* outro superficial comprehendendo os tecidos sobrejacentes, sutura de pontos separados, feita com fios de seda.

Peso do tumor, 9000 grammas.

Cicatrisação por primeira intenção.

Sahiu curada 22 dias depois da operação.

Observação n. 3

Laparo-hysterectomia subtotal baixa por fibroma do utero.—Cura

M. J. C., 46 annos, preta solteira, natural da Bahia, entrou para o hospital de Santa Izabel a 9 de Julho de

1907, e occupou o leito n. 6 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Antecedentes.—Regrada aos 12 annos.

Menstruação sempre regular, durante tres dias. Ha cinco annos porem, perturbou-se o seu cathamenio e dôres fortes appareceram, na occasião das regras que tornaram-se muito abundantes, e durando até vinte dias.

Estado actual.—Em consequencia das grandes perdas sanguineas que soffreu, tornou-se pallida. Urina bem. E' constipada. Pela inspecção, observou-se o ventre arredondado e desenvolvido, semelhando uma gravidez de cinco mezes.

Pela apalpação, sente-se um tumor duro, volumoso, liso e movel, enchendo a metade inferior da cavidade abdominal.

Pelo toque, nota-se o collo um pouco desviado para traz, duro entreaberto. Fundos de sacco vaginaes cheios, o anterior muito mais que o posterior.

Pela apalpação combinada ao toque, verifica-se que os movimentos impressos ao collo se transmittem ao tumor e vice-versa.

Operação a 2 de Agosto de 1907.

Anesthesia pelo chloroformio.

Aberto o abdomen o tumor se nos apresenta coberto de uma rede de grossas veias, e alguns kystos hydaticos. Enucleação laboriosa. Adherencias do neoplasma á algumas ansas do intestino delgado.

Drenagem abdominal, com um tubo de caoutchouc que foi retirado 48 horas após a operação.

Fechamento abdominal em dois planos.

Peso do tumor, 2000 grammas.
Cicatrização por primeira intenção.
Teve alta no dia 26 de Agosto.

Observação n. 4

Laparotomia por prenhez extra-uterina.—Cura

A. G. S. 20 annos, solteira, natural da Bahia, entrou para o hospital de Santa Izabel a 6 de Agosto de 1907, e occupou o leito n. 18 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Antecedentes pessoaes.—Regrada aos 12 annos, a principio regularmente, durando as regras tres a quatro dias. Com 16 annos teve o primeiro parto, que foi natural. Aos 18 annos teve um aborto, vinte dias após, uma grande perda sanguinea que durou um mez, enfraquecendo-a muito.

Estado actual.—Pallidez muito pronunciada depauperamento geral.

Pela inspecção, nota-se um grande desenvolvimento uniforme assemelhando-se a um kysto do ovario.

Pela apalpação, tem-se verdadeira sensação de um kysto do ovario como pequena ascite demonstrando elascidade e fluctuação.

Pelo toque, collo um pouco amollecido e longo.

Operação a 9 de Agosto de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.—Aberto o abdomen, apresenta-se um sacco com todos os caracteres de um kysto, punciona-se, extrahindo cerca de 1500 grammas de um liquido côr de chocolate com cheiro caracteristico de placenta.

Incisa-se o sacco retirando-se um feto completamente desenvolvido, macerado, que pesou 2800 grammas.

A placenta, que se achava enormemente desenvolvida, pesou 300 grammas.

Havia na cavidade peritoneal, grande derramen de um liquido escuro. Feito o melhor que se pode o asseio da cavidade abdominal tratou-se do fechamento da mesma.

O peritoneo parietal, estava adherente ao intestino, figado e a bexiga, apresentando a espessura de um centimetro, mais ou menos e já em estado franco de esfacello.

Não sendo possivel absolutamente, fazer a ablação completa do sacco, resecca-se o mais que se pode, fazendo-se depois a marsupilação e em seguida o fechamento abdominal. No dia seguinte verifica-se que a bexiga havia ficado aberta, porem em vista do estado geral da doente foi a operação adiada para quando podesse a doente supportar algumas gottas, de chloroformio.

No dia 2 de Setembro fez-se a sutura da bexiga.

Sahiu perfeitamente curada no mez de Outubro do mesmo anno.

Observação n. 5

Laparo-ophoro-salpingo-hysterectomia total por fibroma do fundo do utero

M. J. B. M. 29 annos, preta, solteira, natural da Bahia, entrou para o hospital de Santa Izabel a 30 de Julho de 1907, e occupou o leito n. 19 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Antecedentes.—Regrada aos 12 annos, e sempre regularmente, durando as regras 3 dias.

Aos 14 annos teve o primeiro parto, que foi prematuro (8 mezes) em consequencia de uma queda. Depois do parto teve grandes perdas sanguineas. Manifestou-se então, uma impertinente dysmenorrhéa, que a persegue até a epocha em que a examinamos.

Estado actual.— Pallida, muito depauperada. Inspeccionando-a vimos um tumor que vae até dois centimetros acima do umbigo, separado por um sulco e muito bossilisado. Tocando-a sentimos o collo amollecido e entreaberto desviado para diante.

Operação a 12 de Agosto de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.

Aberto o abdomen, nota-se um grande numero de adherencias com o intestino delgado, com a bexiga, e ainda uma quantidade enorme de kystos hydaticos.

Drenagem abdominal.

Fechamento da cavidade em dois planos.

Peso do tumor 2520 grammas.

Morreu a 25 de Agosto do mesmo anno.

Observação n. 6

Laparotomia por hernia umbilical congenita.—Cura radical

J. B. S. 22 annos, pardo, solteiro, entrou para o hospital de Santa Izabel a 9 de Agosto de 1907, e occupou o leito n. 35 da enfermaria de S. José, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Foi operado a 13 de Agosto do mesmo anno.

Anesthesia pelo clholoformio.

Sahio perfeitamente curado a 5 de Setembro de 1907.

Observação n. 7

Laparotomia por fibro-kisto do ovario direito.—Cura

H. 30 annos, branca, casada, foi operada pelo Dr. Pacheco Mendes a 15 de Agosto de 1907.

Anesthésia pelo chloroformio.

Regrada aos 12 annos sempre regulamente.

Estado actual. — O volume do ventre é de uma mulher gravida de quatro mezes.

Tumor uniformemente globuloso, duro e mediano.

Ligeiramente pallida. Collo normal.

Drenagem abdominal. Fechamento da cavidade em dois planos. Os pontos foram retirados oito dias depois da intervenção. Vinte dias após a operação a doente estava perfeitamente curada.

Observação n. 8

Laparo-hysterectomia subtotal baixa por fibroma do utero.—Cura

J. P. C. 32 annos, parda, solteira natural da Bahia, entrou para o hospital de Santa Izabel a 19 de Agosto de 1907, e occupou o leito n. 4 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Anamnese. — Regrada aos 13 annos e meio, sempre regularmente durando tres dias. Ha dois annos as regras tornam-se abundates e a doente nota o crescimento do ventre. Tem tido hemorrhagias consideraveis.

Estado actual. —Estado geral regular; anemia pouco pronunciada. Tumor volumoso subindo dois centimetros acima do umbigo, bossilizado e irregular. Pelo toque, collo ligeiramente amollecido, fundos de sacco cheios.

Operada a 23 de Agosto de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.

Drenagem abdominal. Fechamento do abdomen em dois planos. Consequencias operatorias normaes.

Peso do tumor 1900 grammas.

Sahiu curada a 15 de Setembro.

Observação n. 9

Laparo-hysterectomia total por fibro-kisto do utero.—Cura

M. U. V. 35 annos, preta, solteira, natural da Bahia, entrou para o hospital de Santa Izabel a 16 de Agosto de 1907, e occupou o leito n. 8 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Ha quatro annos que se queixa de dôres no ventre e metrorrhagias continuas.

Pelo exame se póde perceber um tumor que em certos pontos apresenta ligeira fluctuação.

Operação a 27 de Agosto de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.

Drenagem abdominal. Fechamento do abdomen em dois planos.

Cicatrização por primeira intensão.

Sahiu curada a 22 de Setembro do mesmo anno.

Observação n. 10

Laparo-hysterectomia subtotal baixa por fibroma do utero.—Cura

M. M. J. 29 annos, preta, solteira, natural da Bahia, entrou para o hospital a 29 de Agosto de 1907, e occupou o leito n. 5 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Regrada aos 11 annos. Depois da primeira menstruação, que foi muito dolorosa, as suas regras tornaram-se normaes, durando quatro dias. Ha quatro annos porém, perturbou-se o seu catamenio, tornando-se doloroso e durando 6 a 7 dias com perdas abundantes.

Operação a 2 de Setembro de 1907.

Anesthesia pela rachi-stovainisação.

Drenagem abdominal. Fechamento do abdomen em dois planos.

Cicatrização por primeira intensão.

Peso do tumor 1860 grammas.

Sahiu curada a 23 de Setembro.

Observação n. 11

Laparo-hysterectomia subtotal baixa por kisto do ovario direito e do utero. — Cura

A. R. S. 36 annos, parda, solteira, natural da Bahia, entrou para o hospital a 10 de Setembro de 1907, e occupou o leito n. 5 da enfermaria de Santa Martha, do serviço clinico do Dr. Pacheco Mendes.

Regrada aos 12 annos. Um filho e um aborto de tres mezes.

Operada a 14 de Setembro de 1907.

Anesthesia pela rechi-stovainisação.

Adherencia intima e forte da bexiga, a ponto de ser esta largamente aberta.

Drenagem abdominal. Fechamento do abdomen em dois planos.

Cicatrização por primeira intenção.

Sahiu curada 22 dias após á intervenção.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I — A região antero-lateral do abdomen é constituida por duas especies de musculos, longos e largos.

II — Os musculos longos são os grandes rectos do abdomen e o pyramidal do abdomen, os largos são o grande obliquo, o pequeno obliquo e o transverso.

III — Tanto uns como outros podem ser interessados nos diversos processos laparatomicos.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I — O peritoneo é a serosa que reveste a cavidade abdomino pelviana e os orgãos que nella estão contidos.

II—A inflammação do peritoneo chama-se peritonite e póde produzir a morte.

III—Por meio das laparotomias podemos tratar das affecções peritoneaes.

BACTERIOLOGIA

I — Na cavidade buccal encontra-se um grande numero de germens saprophytas e pathogenos.

II — Dentre os pathogenos citaremos os staphylococcos os streptococcus e os diplococus.

III — Estes ultimos podem produzir nos individuos fracos, depois das laparotomias, parotidites peneumonias etc.

HISTOLOGIA

I — As aponevroses pertencem ao grupo dos tecidos conjunctivos fassiculados.

II — Existe um grande numero de aponevroses no corpo humano, entre outras citaremos a faixa aponevrotica denominada linha alva.

III — Na laparotomia mediana essa linha póde ser reseccada.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I — Os leiomyomas são neoplasmas em que predominam as fibras musculares lisas.

II — Esses tumores podem desenvolver-se em diversos pontos do corpo humano, sendo porém o utero o seu ponto de predilecção.

III — Quando elles se localizam no utero e são muito desenvolvidos se os póde retirar por meio da laparo-hysterectomia.

PHYSIOLOGIA

I — No organismo animal existem glandulas de secrecção externa e glandulas de secrecção interna

II — Ao grupo destas ultimas pertence o corpo thyroide.

III — A thyroidectomia praticada no homem, como em outros animaes produz perturbações geraes mais ou menos graves.

THERAPEUTICA

I — A trimethylamina é um composto ammoniacal, que tem a fórma liquida, oleosa, muito alcalino, de odor ammoniacal intenso e muito desagradavel.

II — Este medicamento era preconisado antigamente no rheumatismo articular agudo.

III — Se o póde empregar até na dóse de dous grammas nas 24 horas, em poção ou em xarope.

HYGIENE

I — Entre os preceitos da hygiene da prenhez tem muita importancia os que se referem ao apparelho genital.

II — Este apparelho quando infectado póde transmittir infecção ao feto no momento do parto.

III — Póde-se obter a asepsia desta parte do corpo fazendo-se injecções vaginaes com certas soluções antisepticas, duas vezes por dia.

MEDICINA LEGAL

I — Chama-se aborto ao parto em uma epocha em que o feto não está completamente desenvolvido.

II — Quer o feto, quer a mãe deste, podem fornecer dados para o reconhecimento de um aborto criminoso.

III — Muitas vezes somente a mãe do feto, nos esclarece perfeitamente o crime praticado.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I — O ovario póde ser a séde de neoformações kysticas.

II — A maior parte dos kystos do ovario se desen-

volvem para a cavidade abdominal e são suportados por um pediculo de fórma e dimensões variaveis.

III — E' por meio da laparotomia que podemos retirar estes neoplasmas.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I — A laparo-hysterectomia póde ser total ou sub-total.

II — Sempre que se possa é preferivel fazer a laparo-hysterectomia sub-total.

III — Ella apresenta com effeito um maior numero de vantagens que a laparo-hysterectomia total.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I — Os myomas uterinos são neoplasmas benignos que não se generalisam nem infectam o organismo, mas que podem se tornar graves pelos accidentes que determinam.

II — Elles podem attingir a um volume consideravel.

III — Nesses casos devemos fazer a hysterectomia abdominal para retiral-os.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I — O baço póde ser a séde de kystos hydaticos, serosos e dermoides.

II — Os kystos hydaticos do baço são os mais communs.

III — O melhor tratamento dos kystos serosos do baço é a ablação do orgão que lhe dá origem isto é, a laparo-splenectomia.

PATHOLOGIA MEDICA

I — A epilepsia jacksoniana ou parcial é caracterisada por accessos convulsivos, que começam por um grupo de musculos, em uma região limitada.

II — Os accessos convulsivos podem limitar-se a região attingida ou se propagar a outras regiões.

III — Existem tres variedades principaes que são, a epilepsia brachial, a epilepsia facial e a epilepsia crural, sendo que a mais commum é a brachial.

CLINICA PROPEDEUTICA

I — A percussão póde ser praticada de duas maneiras com um ou mais dêdos da mão direita, ou com instrumentos apropriados.

II — Ella póde ser chamada mediata ou immediata.

III — Nos traumas do abdomen nos presta a percussão reaes serviços.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I — A nephrite aguda póde ser produzida pela prenhez, pelo frio, por medicamentos e por agentes infectuosos.

II — Na autopsia de um individuo victimado pela nephrite aguda se encontra os dois rins egualmente lesados.

III — O regimen e a sangria tem muita importancia no tratamento da nephrite aguda.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I — A dothienenteria é a molestia a que os antigos davam o nome de febre putrida hemorrhagica.

II — Tem como uma de suas complicações a peritonite por perfuração intestinal.

III — Nesses casos a laparotomia tem sua indicação como meio therapeutico.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA, E ARTE DE FORMULAR

I — Ha pessoas que toleram dóses consideraveis de medicamentos outras ao contrario são intolerantes.

II — Certos vesanicos podem supportar, sem perigo, dóses massiças de morphina que matariam qualquer outro individuo.

III — Os hystericos toleram facilmente certos medicamentos ao passo que não supportam absolutamente outros.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I — As algas são thallophytas providos de chlorophylla.

II — Ha occasiões, porém, em que se juntam ás algas outros principios corantes taes como a phycocyanina, a phycopheina e a phycoerytrina.

III — De accôrdo com a sua pigmentação as algas se dividem em Chlorophyceas, Cyanophyceas, Pheophyceas e Rhodophyceas.

CHIMICA MEDICA

I — O chlorureto de sodio é um composto de chloro e sodio.

II — A solução deste sal na proporção de 7 p. 1000 costitue o soro physiologico.

III — Esta solução póde ser impregada nas laparotomias para lavar a cavidade peritoneal.

OBSTETRICIA

I — A laparo-hysterotomia é a operação pela qual retiramos o feto pela via abdominal.

II — Quando temos que abrir o utero devemos ter o cuidado de evitar a incisão de suas partes lateraes.

III — As infecções contraindicam esta operação.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I — A prenhez extra-uterina é o desenvôlvimento do ovulo fecundado fóra da cavidade uterina.

II — A pathogenia da prenhez ectopica está ainda um pouco obscura.

III — Na prenhez ectopica o meio therapeutico que dá melhores resultados é a laparotomia seguida da ablação do féto e de seu sacco.

CLINICA PEDIATRICA

I — A appendicite é um estado morbido que apesar de raro póde manifestar-se na primeira infancia.

II — Segundo as estatisticas, as creanças do sexo masculino são mais sujeitas que as do feminino.

III — Nas fórmas enkystadas faz-se a laparotomia lateral costiando a arcada de Fallope.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I — A ophtalmia dos recem-nacidos é produzida as mais das vezes pelos gonococcus e outros germens que se podem encontrar na vagina.

II — Sob qualquer fórma que se apresente esta molestia devemos tratal-a seriamente desde o seu apparecimento.

III — Esta molestia póde trazer serias consequencias quando é mal ou tardiamente cuidada.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I — A blenorrhagia na mulher é a molestia produzida pela penetração nos orgãos genitaes do gonococcus de Neisser.

II — As mulheres atacadas de blenorrhagia podem infectar os seus filhos na occasião do parto.

III — Nas mulheres blenorrhagicas é contra indicado a laparo-hysterectomia total.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I — O alcoolismo é um factor de muita importancia em certas degenerações.

II — O alcoolismo é a causa determinante do delirium tremens.

III — No momento da concepção quando um dos dois individuos está alcoolisado é de suppor que o producto dessa concepção seja um *tarado*.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 23 de Outubro de 1907.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.